

Einteilige Implantatsysteme - Pro und Contra

PRO & CONTRA AUS DER PIP AUSGABE 4/2014

Einteilige Implantate sind stabil, preisgünstig und biologisch vorteilhaft. Aber das Handling ist teilweise kompliziert und man kann sie nicht universell einsetzen. Viel Potential für einen Schlagabtausch also...

Argumente Pro einteilige Implantate

Es liegt auf der Hand, dass einteilige Implantate sehr viel günstiger zu produzieren sind als mehrteilige, also liegt ein großer Vorteil schon einmal bei den Kosten. Wenn bei einer Full-Arch-Restaurierung 17-27 z.B. die 12 Implantate inklusive diverser Aufsätze nur um die 1.000,- € kosten und das Labor unter 3.000,- € liegt, wird festsitzender Zahnersatz endlich auch für die Normalbevölkerung erschwinglich. Übrigens darf mir bei der Gelegenheit gern auch einmal erklärt werden, wieso im zahntechnischen Labor für die Krone auf zweiteiligen Implantatsystemen so drastische Mehrkosten veranschlagt werden.

Bei mir kommen einteilige Systeme vor allem bei Sofortbelastungskonzepten, zur Socket Preservation und der alveolären Augmentation und sehr gern in der Front zum Einsatz, weil die biologische Breite bei einteiligen Systemen der von natürlichen Zähnen am ähnlichsten ist, ich mir also all die bekannten Knochen- und Weichgewebsrezessionen gar nicht erst einhandle. Das Remodeling läuft schneller ab, der interimplantäre Knochen wird sogar positiv beeinflusst, es gibt keine Mikerspalt-Probleme und auch der Biotyp des Patienten ist vernachlässigbar. Daneben ist so ein geschlossenes System natürlich auch stabiler, hat also eine höhere Bruchfestigkeit. Das alles ist nicht nur von großer klinischer Bedeutung für den implantatprothetischen Langzeiterfolg, sondern auch für die Ästhetik – und letztlich wollen wir unseren Patienten ja keine Implantate, sondern ein schönes Lächeln schenken.

Die angebliche prothetische Einschränkung ist dank der Entwicklung findiger Prothetikteile durch etliche Hersteller längst nicht mehr gegeben. Und auch verbesserte Techniken für die Aufbereitung des Implantatbettes haben das Indikationsspektrum für die einteiligen Implantate deutlich erweitert. Hinsichtlich der angeblich problematischen Belastung in der frühen Einheilphase erwies sich beim einen Patienten weniger die berühmte Walnuss, sondern das unkontrollierte Zungenspiel als Problem, was sich aber leicht mit einer tiefgezogenen Schutzfolie in den Griff bekommen lässt. Die im Vergleich zu zweiteiligen Konzepten deutlich unaufwendigere und atraumatischere Behandlung begleiten meine Patienten bereitwillig und gern mit der in den ersten beiden Monaten gebotenen erhöhten Vorsicht.

Soweit es irgend geht versuche ich heute einteilig zu therapieren. Da ich bei festsitzendem Zahnersatz ganz elegant Pfeilerdivergenzen bis zu 40 Grad ausgleichen kann, sehe ich auch keine konzeptionellen Einschränkungen. Und die einteiligen Mini-Implantate, die ich inzwischen bis zu einem Durchmesser von unter 3,0 mm bekomme, sind für mich zur Stabilisierung herausnehmbaren Zahnersatzes und auch zur natürlichen Restzahndentition gar nicht mehr wegzudenken.

Insgesamt wird die Indikationsbreite für einteilige Implantate extrem unterschätzt, was in meinen Augen vor allem einer sehr starken industriellen Lobby für die zweiteiligen Systeme geschuldet ist. Ich kann nur jedem raten, die eigenen Behandlungskonzepte anhand aktueller Studien, die viele Vorteile der einteiligen gegenüber zweiteiligen Konzepten belegen, einer eingehenden Überprüfung zu unterziehen. Argumente Contra

Praxen, die bereits früh die Implantologie in ihr Behandlungsspektrum aufnahmen oder sogar einen implantologischen Tätigkeitsschwerpunkt entwickelten, gehören erklärtermaßen nicht zu den wirtschaftlich am schlechtesten laufenden in Deutschland. Begriffe wie „Party“ oder „Rotlichtbezirk der Zahnmedizin“

entspringen meines Erachtens daher vor allem dem für Deutschland so typischen Futter- und Sozialneid. In fast allen anderen Ländern zählen die implantologisch tätigen Chirurgen, Parodontologen und Allgemeinzahnärzte unbestritten zur zahnmedizinischen Elite und genießen auch in der breiten Öffentlichkeit den Ruf exzellenter Spezialisten, denen viele Patienten dramatische Verbesserungen ihrer Zahngesundheit und Lebensqualität verdanken.

„Kein Mensch sollte sterben mit seinen Zähnen in einem Glas Wasser neben sich“, war die Forderung des kürzlich verstorbenen, hoch geschätzten Implantologie-Pioniers Prof. Per-Ingvar Brånemark. Gelungene implantologische Rehabilitationen führen dabei meist zu dramatischen positiven Veränderungen für die Patienten: Die Wiedererlangung von Kaukraft und Genussfähigkeit in einem Alter, in dem Essen und gute Ernährung eine ganz große Bedeutung für Lebensqualität und Gesundheit haben. Ein enormer Zugewinn an Selbstsicherheit. Dank festsitzender Zähne wieder eine unbeschwerte Teilnahme an einem erfüllten gesellschaftlichen Leben. Dank eines gewinnenden, ästhetischen Lächelns auch Vorteile bei der Berufs- oder sogar Partnerwahl.

Dass wir seit Jahren in Deutschland an die gläserne Decke von ca. einer Million gesetzten Implantate im Jahr stoßen, liegt auch daran, dass die Zahnärzte selbst, aber auch ihre Kammern und Fachgesellschaften es nicht geschafft haben, diese geldwerten Vorteile der Implantologie in der breiten Öffentlichkeit zu verankern. Wie das geht, können wir uns gern bei der kosmetischen Industrie, der Hormonlobby und der plastischen Chirurgie anschauen, die seit Jahren problemlos ungeheure Gelder freimachen können – für, im Gegensatz zur dentalen Implantologie, teilweise völlig absurde Behandlungen. Kollegen, die die eigene mangelnde Kompetenz zu verschleiern suchen, indem sie Patienten eine Implantatlösung als „noch nicht ausgereifte Therapie“ darstellen – die gibt es wirklich noch! – tragen weiter dazu bei.

Kein Mensch käme auf die Idee, einem Freund oder Patienten pauschal von einem künstlichen Hüftgelenk abzuraten, wenn dieser sich nur noch eingeschränkt oder unter Schmerzen bewegen kann. Wenn aber ein Zahnimplantat Beschwerdefreiheit und Unversehrtheit wiederherstellen könnte, wird oft ellenlang über den Nutzen oder die scheinbare „Luxustherapie“ diskutiert.

Auch unvorsichtige Wortschöpfungen wie die eines drohenden „Periimplantitis-Tsunami“, die dann auf Fortbildungsveranstaltungen mangels spannenderer Themen kritiklos immer wieder neu zitiert werden, machen die Sache nicht besser. Bei realistischen 10% Periimplantitiden haben wir eine Risikoquote, die durchaus beachtet werden muss, nach der sich andere medizinische Disziplinen aber die Finger lecken würden.

Ein gut gesetztes Implantat ist und bleibt eine der modernsten und besten Versorgungsmöglichkeiten bei fortgeschrittenem Zahnverfall und -verlust, und die Implantologie damit keine kurzlebige Party, sondern ein lang anhaltendes Freudenfest der oralen und allgemeinen Gesundheit für Patienten und die entsprechend ausgebildeten Zahnärzte.

Argumente Contra einteilige Implantate

Einteilige Implantate finde ich super – als Provisoriums- oder Interimsimplantate! Bei allem anderen erfüllen sie nicht meinen Anspruch an ein prothetisch orientiertes und „backward geplantes“ Behandlungskonzept, da ich viel zu oft Kompromisse machen muss, zu unflexibel bin, und mir damit ein Material meine Therapie vorgeben will. Allein die Notwendigkeit, einteilige Implantate sechs bis acht Wochen post-OP so zu stabilisieren, dass keine lateralen Mikrokräfte auf sie ausgeübt werden können, verlangt eine solche Sorgfalt bei der Erstellung des Provisoriums, dass ich in der Zeit und mit der Mühe ganz andere Therapien hinbekomme. Meinen Patienten dann beizubringen, dass ihre Versorgung zwei Wochen nach der Behandlung, wenn sie, erst recht bei einem richtig gut gemachten Provisorium, in Gedanken schon wieder ganz woanders sind, die kritische Phase durchläuft und sie nur essen sollten, was sie auch mit der Zunge kleinbekommen – meine Patienten haben offenbar ein enormes Selbstvertrauen in die Beißkräfte ihrer Zunge. Und haben Sie dann schon einmal dabei zugehört, wie manche Patienten ihre

Prothese aus dem Mund nehmen? Eigentlich müsste man die zweiwöchentlich einbestellen, um ihnen wieder und wieder zu zeigen, wie sie es machen müssen, um die Versorgung nicht täglich mehr lateral rauszuhebeln.

Bei zweiteiligen Systemen heilt die Titanbasis unter der Schleimhaut frei von mechanischen Belastungen und bakteriellen Besiedlungen ein, ich kann bereits mit der Implantatinsertion chirurgisch die Strukturen und das alveoläre Volumen im Implantatbett verbessern und bei der prothetischen Versorgung das ästhetische Erscheinungsbild individuell optimieren. Neuere industrielle Designs haben einen spaltfreien, stabilen Verbund zwischen Implantat und Aufbauteil geschaffen, das Platform Switching und die mögliche Versiegelung der intraimplantären Hohlräume führen zu weiterer Sicherheit im Knochen- und Weichgewebsmanagement. Meine Variationsbreite bei der Auswahl an Materialien und der Form individualisierter Aufbauelemente ist erheblich, womit ich nicht nur den funktionellen, sondern vor allem auch den ästhetischen Anforderungen an meine Implantatversorgung viel leichter begegnen kann. Letztlich interessiert sich mein Patient doch nicht für die Hardware, sondern für das Lächeln, mit dem er meine Praxis verlässt.

Für mich sind einteilige Systeme sowohl was die sichere Einheilung als auch meine Flexibilität bei der Anfertigung des Zahnersatzes angeht ganz klar im Nachteil. Ohne zweiteilige Systeme, deren material- und verfahrenstechnische Vorteile und die damit verbundenen enormen Fortschritte auf dem Gebiet der augmentativen Chirurgie hätte sich die dentale Implantologie in den letzten beiden Jahrzehnten nie so enorm entwickeln können. Auch in der aktuellen Weiterentwicklung innovativer Werkstoffe und therapeutischer Konzepte, so z.B. höchst individueller und funktionsorientiert optimal gestalteter Aufbauten, korrigierbarer Backward-Konzepte auf CAD/CAM-Basis, und nicht zuletzt für die immer häufiger erforderlichen Interventionsstrategien stellt für mich die konstruktive, verfahrenstechnische und zeitliche Trennung von chirurgischer und prothetischer Phase enorme Vorteile und das einzige Wahre dar.

IMPLANTATE.COM-FAZIT:

Es gibt Situationen, da sind einteilige Implantate überlegen, für viele Fälle eignen sie sich nicht so gut.

Letzte Aktualisierung am Donnerstag, 14. Februar 2019